不妊外来問診票

記入日　　年　　月　　日

フリガナ
お名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お薬や食べ物でアレルギーがあれば詳しく記入してください。

なし・　あり　（　　）

結婚歴についてお答えください。
結婚年齢　（　　）才　　入籍されていない場合（　婚約中　・　事実婚（同棲中）　・　未婚　）

子供が欲しいと思ってからどのくらいですか？　　・　　最終月経日はいつですか？
（　　年　　か月　）　　（　年　月　日～　月　日）

今までに不妊治療をされていましたか？（はい・いいえ）
『はい』の方にお聞きします。

☐　タイミング（　　）回　　☐　人工授精（　　）回

☐　体外受精（　　）回　　☐　顕微授精（　　）回　　☐　凍結融解胚移植（　　）回

これらの治療歴がある方は裏面の記入もお願い致します。

今までに妊娠　　回　・　出産　　回

他院でされた検査はありますか？

☐　卵管の通過性（通水検査　・　卵管造影）　→　【　異常なし　　異常あり　（　　）】

☐　精液検査　【　異常なし　・　異常あり（　　）】

当院でどのような治療を希望されていますか？

☐　治療について相談したい　　☐　妊娠できるか検査をしたい

☐　タイミング指導をしてほしい

☐　人工授精を考えている　　☐　体外受精・顕微授精を考えている

＊ご本人様、または緊急の場合はご主人様の電話番号に
当院の病院名を告げて連絡を差し上げてもよろしいでしょうか？（はい・いいえ）

当クリニックの治療で、ご希望があれば記入をお願いいたします。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

不妊治療歴

今までの治療歴を分かる範囲で構いませんので記載お願いいたします。

他院での詳しいデーターをお持ちの方は年月日と治療名のみで問題ありません。

年／月より	病院名	治療内容

ご記入ありがとうございました。

Ladies Clinic SANTACRUZ the UMEDA